

УДК 616.31.053, 616.315-007.254

О.В. АНДРЕЕВА

ПОЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Ключевые слова: врожденные зубочелюстные аномалии, врожденная расщелина губы и неба, врожденные пороки развития, поэтапная реабилитация.

Представлен обзор литературных данных частоты рождения, распространенности, территориальных особенностей, клинических проявлений, организации медицинской помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба и их поэтапной реабилитации.

O.V. ANDREEVA

STAGED REHABILITATION OF CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT OF AN UPPER LIP AND PALATE

Key words: congenital cleft lip and palate, congenital dentofacial anomalies, congenital malformation, staged rehabilitation.

A review of the reported data on the frequency of birth, prevalence, territorial peculiarities, clinical manifestations, organization of medical aid to children with congenital cleft lip and palate, staged rehabilitation is presented in the paper.

Одним из наиболее распространенных видов врожденных пороков развития (ВПР) являются пороки челюстно-лицевой области, которые встречаются с частотой 1:700-1:1000, из них на врожденные расщелины верхней губы и/или неба (ВРГН) приходится 90% [1-3, 5].

Врожденные расщелины верхней губы и/или неба являются тяжелым врожденным состоянием, которое характеризуется наличием не только местного анатомического дефекта, но и сопутствующими системными нарушениями процессов дыхания, питания и речи [1-3, 5, 7, 8, 23, 24].

Существуют различные подходы к терапии ВРГН [1-3, 5, 27-30].

В подавляющем большинстве случаев на современном этапе при своевременной медико-логопедической помощи удастся создать все необходимые условия для полноценного физического и психического развития ребенка [1-3, 7, 8, 15, 17, 18, 20].

Целью работы является анализ литературных данных частоты рождения, распространенности, территориальных особенностей, клинических проявлений, организации медицинской помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба и их поэтапной реабилитации.

Результаты исследования. По данным отечественной и зарубежной литературы, стоматолог должен нести полную ответственность за раннюю диагностику ВРГН и поэтапную реабилитацию совместно с другими специалистами.

Ежегодно в РФ рождается 30 000 детей с врожденными аномалиями лица, шеи и черепа, из них 70% – с аномалиями челюстно-лицевой системы [1-3, 8-11, 15-20]. Общая частота морфологических пороков развития у детей до 1 года составляет примерно 27,2 на 1000 населения. Около 60% из них выявляются в первые 7 дней жизни уже в родовспомогательных учреждениях [1-6, 8, 9, 15].

ВРГН встречаются в виде различных вариантов: изолированные расщелины верхней губы (скрытые, неполные, полные), изолированные расщелины неба (скрытые, язычка мягкого неба, мягкого неба, мягкого и заднего отдела твердого неба, полная расщелина неба), сквозные расщелины (односторонние, двусторонние) [8-16, 18, 19, 21, 22].

Современная тактика при рождении детей с ВРГН в ведущих стоматологических клиниках РФ и за рубежом выглядит следующим образом: при рождении ребенка с пороком челюстно-лицевой области в течение первых 3 сут. необходимо направить в Центр челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) экстренное извещение (специальная форма). После получения экстренного извещения руководитель Центра организует срочный выезд хирурга-стоматолога для проведения детального осмотра, опре-

деления объема необходимых мер для осуществления адекватного вскармливания ребенка и врача-ортодонта для решения вопроса об изготовлении obturatora по типу съемного протеза [2, 3, 7, 21, 22].

Правом вызова специалистов на экстренную консультацию обладают:

- главные акушеры, неонатологи, педиатры, хирурги-стоматологи и другие главные специалисты районов и городов;
- заведующие родильными, неонатологическими, хирургическими детскими отделениями лечебных учреждений районов и городов;
- в ночное время и в выходные дни дежурные врачи указанных лечебных подразделений под контролем заведующих соответствующих отделений.

Ко времени прибытия хирурга-стоматолога новорожденный должен быть осмотрен неонатологом (при необходимости районным или городским педиатрами) на предмет выявления других врожденных дефектов. В случае их обнаружения педиатр организует консультацию любого специалиста.

При первичном осмотре хирург-стоматолог устанавливает точный диагноз, определяет состояние физического развития ребенка и группу риска развития сопутствующих заболеваний, дает рекомендации по характеру и способу вскармливания. При этом врач рекомендует настойчивое прикладывание ребенка к груди, вырабатывание у матери терпения при его кормлении, обучает сцеживанию остатков молока с тем, чтобы дольше сохранять лактацию [1, 23-25].

В случаях, когда грудное вскармливание осуществить невозможно, обучает медперсонал и мать ребенка кормлению с соски или ложечки (соска должна быть длинной, чтобы закрыть дефект и создать лучшие условия для акта сосания, в ней должно быть несколько отверстий, наиболее адаптированными являются соски фирмы NUK).

При необходимости должна быть изготовлена разобщающая пластинка.

Совместно с неонатологом хирург-стоматолог разрабатывает рекомендации по режиму кормления ребенка с ВРГН (разрешено кормление через 2-2,5 ч 8-10 раз/сут.), проводит психопрофилактическую работу с матерью ребенка, разъясняет особенности врожденного порока, а также вскармливания и ухода за ребенком с ВРГН, информирует о возможностях хирургического и восстановительного лечения, необходимости диспансерного наблюдения и лечения в специализированном Центре, генетического консультирования.

Хирург-стоматолог вручает матери и медперсоналу памятку с указанием адреса и телефона Центра, консультативных дней и часов приема, срока первичной консультации конкретного ребенка. Накануне выписки из роддома старшая медсестра передает сведения о новорожденном в районную детскую консультацию, где на основании этих сведений фиксируют патронаж новорожденного в журнале записи вызова врача на дом. Участковый педиатр и медсестра посещают новорожденного в первый день после выписки из роддома. В первые 3-5 дней после выписки ребенка с ВРГН должен осмотреть заведующий поликлиническим педиатрическим отделением. Дальнейшее наблюдение участковый педиатр осуществляет по индивидуальному плану, ведет дневник наблюдений. Детский врач на участке посещает ребенка с ВРГН каждую неделю первого месяца жизни, медсестра – каждый день.

Протоколы раннего оперативного лечения являются общепринятыми в странах Западной Европы, США и Канаде. Именно они, по мнению ведущих специалистов, обеспечивают достижение оптимальных косметических и функциональных результатов: естественных и симметричных контуров лица, нормальной речи и физиологического прикуса [1-3, 7, 8, 15, 17, 18, 20-22, 29, 30].

Целью лечения ребёнка с врождённой расщелиной верхней губы и нёба является не только устранение дефекта, но и достижение идеальных контуров лица, нормальной речи, демонстрация красивого и непрерывного зубного ряда [2, 3, 7, 20, 23-26, 28].

Оптимальный протокол оперативного лечения пациентов, разработанный в НПЦ медицинской помощи МЗ РФ [1-3, 23-25] детям, включает следующие основные этапы:

1. Первичная хейлоринопластика (пластика верхней губы и носа) при любых видах расщелин верхней губы в возрасте от 1 месяца.

2. Пластика мягкого нёба в возрасте 6-8 месяцев.

3. Пластика твёрдого нёба в возрасте 12-14 месяцев.

4. Костная пластика альвеолярного отростка верхней челюсти в возрасте 8-12 лет.

5. Реконструктивные операции (при необходимости) в любом возрасте.

Нами совместно с главным детским стоматологом МЗ СР ЧР разработан порядок оказания консультативной помощи в Чувашской Республике – в Центре детской челюстно-лицевой хирургии ДМЦ МЗ СР ЧР, и он выглядит следующим образом.

После получения экстренного извещения заведующий отделением ЧЛХ организовывает срочный выезд хирурга-стоматолога для проведения осмотра, определения объема необходимых мер для осуществления адекватного вскармливания ребенка и врача-ортодонта для решения вопроса об изготовлении obturatora по типу съемного протеза. В Центре ЧЛХ ДМЦ МЗ СР ЧР ребенок с ВРГН должен быть осмотрен в возрасте одного месяца. На консультативный прием в Центр пациента направляет врач-педиатр (детский стоматолог, хирург и т.д.).

При явке на консультацию больные при себе должны иметь: 1) направление врача; 2) подробную справку из роддома – паспорт новорожденного, в котором должны быть отражены данные первоначального осмотра, антропометрические показатели, результаты некоторых вспомогательных диагностических исследований, (если таковые проводились); 3) подробное заключение педиатра о динамике антропометрических показателей, нервно-психического развития ребенка за первый месяц жизни, данные клинико-лабораторного обследования; 4) справку об антенатальном патронаже с указанием особенностей течения беременности, обследованиях, которые проводились в период беременности, и их результатах; 5) справку о состоянии здоровья родителей.

При первичном осмотре ребенка в Центре на него заводят карту диспансерного наблюдения и разрабатывают индивидуальную программу дальнейшего лечения и реабилитации. Программу составляет группа специалистов с учетом характера дефекта и общего состояния ребенка. Она конкретизирует последовательность проводимого лечения у специалистов с указанием реально возможных сроков для каждого этапа. В возрасте 3-6 месяцев, а затем в 6-12 месяцев в Центре проводят текущую консультацию, после чего по показаниям (в зависимости от вида расщелины) осуществляют госпитализацию для оперативного лечения.

При выполнении первичной пластики верхней губы и носа необходимо максимально эффективно восстановить нормальную анатомию носогубной области. Именно это позволяет добиться симметричных и ровных контуров верхней губы и носа, естественных линий лица в сочетании с его нормальной мимикой, глубокого свода преддверия полости рта и восстановления правильного положения фрагментов верхней челюсти [23-25].

При выполнении пластики нёба необходимо своевременно воссоздать подвижное мягкое нёбо, обеспечить нормальные размеры глоточного кольца, эффективно и нетравматично устранить дефект твёрдого нёба. Это является залогом формирования нормальной речи малыша и профилактики возникновения деформаций верхней челюсти, а значит, и лица, и прикуса [2, 16, 17, 23-25].

В период формирования постоянного прикуса необходимо восстановить непрерывность альвеолярного отростка верхней челюсти посредством выполнения костной пластики и добиться привлекательного и ровного зубного ряда, используя современные ортодонтические аппараты.

Предварительно с целью подготовки к этапной хейлопластике ребенка с ВРГН курирует участковый педиатр, который назначает углубленное клинико-лаборатор-

ное обследование. В послеоперационном периоде выполняют мероприятия, направленные на профилактику осложнений, вторичных деформаций: ортодонтическое лечение, эндоназальные активаторы, ЛФК, массажи общий и местный, другие методы физиотерапевтического воздействия.

В возрасте 1-2 лет ребенок с ВРГН наблюдается в Центре с периодичностью 1 раз в 6 месяцев, после чего по показаниям производят госпитализацию для оперативного лечения. В этот период времени педиатр продолжает курировать пациента, контролирует его физическое и психо-эмоциональное развитие. Логопед осуществляет логопедическое обучение.

В возрасте 2-4 лет и 5-7 лет диспансерный учет осуществляют с той же частотой и объемом.

Параллельно адаптируют ребенка к поступлению в детский сад, а затем в школу. Проводят циклические стационарные логопедические обучения пациента, по показаниям – госпитализацию для оперативного лечения. В 7-15 лет текущую консультацию в Центре производят 1 раз в 1-2 года. На данном этапе диспансеризации по показаниям выполняют хирургическое устранение вторичных деформаций и хирургическую коррекцию прикуса наряду с общеоздоровительными, профилактическими мероприятиями, ортодонтическим лечением. Обеспечивают максимально полную социальную и педагогическую реабилитацию, после чего снимают с диспансерного учета.

Сроки и методы лечения больных с ВРГН зависят от состояния здоровья ребенка, его физического и психомоторного развития, наличия сопутствующих заболеваний или других ВПР, а также организационных причин. Лишь своевременно начатое лечение, проводимое с действенной помощью родителей, при участии должного спектра смежных специалистов делает возможным практическое выздоровление 80% детей.

Контроль за успехом закрепления знаний родителями и эффективностью проведения разного рода занятий (логопедических, физических и т.д.) и лечебно-оздоровительных мероприятий в первую очередь осуществляется участковым педиатром и специалистом Центра. Большое значение в комплексном лечении детей с ВРГН имеет профилактика послеоперационных осложнений как местного, так и общесоматического характера [1, 2, 23-25].

Недооценка исходного статуса ребенка, упущения в диагностике врожденных, сопутствующих или вялотекущих заболеваний в послеоперационном периоде, как правило, резко ухудшают раннее течение болезни, что проявляется частичным либо полным расхождением краев операционной раны, обострением хронических заболеваний в первую очередь со стороны ЛОР-органов, дыхательной, сердечнососудистой и иммунной систем.

Успех оперативного лечения у большинства детей с ВРГН зависит от своевременного проведения комплексной подготовки в условиях диспансерного наблюдения [1, 2, 23-25].

При решении вопроса об операции у данного контингента высока ответственность педиатра, дающего разрешение на хирургическое лечение. Свое заключение о возможности такового у ребенка, имеющего другие ВПР или заболевания, педиатр подкрепляет положительными заключениями узких специалистов (кардиолога, нефролога, пульмонолога, эндокринолога и др.). Хирург-стоматолог, возглавляя и координируя работу врачей-консультантов, определяет сроки и объем хирургического лечения, контролирует своевременность направления детей на консультацию к узким специалистам и проведения профилактического лечения, совместно с ними определяет абсолютные и относительные противопоказания к операции.

Абсолютным противопоказанием является недостаточность кровообращения IА и IБ степени.

Относительными противопоказаниями являются: резко выраженные дистрофические изменения в миокарде, острые соматические и инфекционные заболевания и не ранее 2 месяцев после выздоровления, гипотрофия I-III степени, рахит I-III степени в

периоде разгара, атопический дерматит в стадии обострения, анемия с содержанием эритроцитов менее $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобина менее 120 г/л, цветного показателя менее 0,75, хронические заболевания в течение 6 месяцев после обострения, хронический нефрит с явлениями почечной недостаточности, дерматиты и экземы в области лица, поражения слизистой оболочки. Детям с относительными противопоказаниями проводится специфическое лечение сопутствующей патологии (амбулаторно или в профильных стационарах) и при положительной динамике разрешается оперативное лечение.

Задачи, стоящие перед врачами-специалистами, и основные периоды активного наблюдения:

Педиатр: организация дифференцированного врачебного наблюдения, контроль показателей физического развития ребенка, контроль за условиями жизни ребенка, питанием и уходом (социальные условия, вскармливание, соблюдение режима дня и гигиенического режима, грамотность персонала и родителей, их желание заниматься воспитанием ребенка), планирование основных путей оздоровления ребенка, профилактика рахита, гипотрофии, анемии, инфекционных заболеваний, обострения сопутствующей соматической патологии, подготовка к операции, консультирование и, в случае необходимости, лечение у смежных специалистов, заполнение истории развития ребенка с данными обследования и заключениями консультантов, оформление этапных и послеоперационных эпикризов, обеспечение восстановительного лечения в послеоперационном периоде.

Хирург-стоматолог: хирургическое лечение в сроки, определяемые характером врожденного порока, хирургическая коррекция вторичных дефектов и деформаций, сопоставление и анализ данных осмотра другими специалистами, непосредственный и постоянный контакт с родителями, динамическое наблюдение за детьми для анализа результатов лечения и последовательного изменения применяемых методик, коррекция и анализ результатов комплексного лечения и учет эффективности, разработка и совершенствование форм и методов санитарно-просветительной работы, совершенствование системы диспансеризации, координация работы всех специалистов, задействованных в лечении и реабилитации ребенка с ВРГН.

Периоды активного наблюдения: период новорожденности, первый год жизни, 1,5-4 года, 6-7 лет, 9-12 лет, систематическое наблюдение до снятия с диспансерного учета.

Ортодонт: обеспечение полноценного кормления ребенка (обтураторы, разобшающие пластинки и т.д.), пред- и послеоперационное ортодонтическое лечение, предупреждение и лечение вторичных деформаций зубочелюстной системы, восстановление зубного ряда.

Периоды активного наблюдения: новорожденности, до и после операции, период сменного прикуса, систематическое наблюдение до полного формирования постоянного прикуса.

Логопед: логопедическое лечение до и после ураностафилопластики, тренировка мышечного каркаса мягкого неба, стенки глотки, развитие речевого дыхания, пред- и послеоперационное логопедическое лечение, развитие фонематического слуха, формирование связной речи.

Периоды активного наблюдения: 1-2 года, 4-5 лет, 7-13 лет.

Терапевт-стоматолог: плановая санация полости рта (с учетом декомпенсации кариеса и не менее 2 раз в год), лечение зубов в предоперационный период.

Периоды активного наблюдения: с момента появления молочных зубов.

Оториноларинголог: консервативное или хирургическое лечение заболеваний ЛОР-органов, контроль слуха, обеспечение своевременного проведения плановых операций.

Периоды активного наблюдения: дошкольный период; периоды, предшествующие плановым операциям; по мере необходимости до снятия с учета.

Врач ЛФК: разработка соответствующей состоянию ребенка программы ЛФК, которая должна учитывать степень отставания физического, моторного и психического развития, наличие сопутствующих заболеваний, сочетанность патологических

поражений органов, систематическое длительное проведение ЛФК с применением специальных приемов массажа и упражнений для мышц челюстно-лицевой области, улучшения функции органов дыхания ребенка, обучение родителей основам гигиенического режима закаливания, основным приемам массажа и индивидуально подобранным для ребенка упражнениям.

Периоды активного наблюдения: 1-12 месяцев; периоды, предшествующие плановым операциям; 4-5 лет; 7-13 лет; по мере необходимости до снятия с учета.

Психоневролог: медико-педагогические реабилитационные мероприятия, медикаментозная корригирующая терапия, психотерапия.

Периоды активного наблюдения: 4-6 лет (период формирования осознанной речи), на всех этапах психосоциального развития ребенка до снятия с учета.

Генетик: установление диагноза и типа наследственной передачи (при наличии таковой), прогнозирование степени риска рождения у пробанда или членов его семьи детей с ВРГН.

Периоды активного наблюдения: новорожденности, период полового созревания, вступление в брак.

Другие специалисты. По показаниям, в зависимости от выявленной патологии.

Выводы. 1. Основными принципами успешного лечения являются комплексный подход, выполнение всех основных этапов хирургического лечения в возрасте до 1 года, диспансерное наблюдение в течение 18 лет в условиях специализированного центра, в связи с этим должна быть четкая поэтапная реабилитация и отлаженная и скоординированная работа врачей различных профилей под руководством специалистов отделения детской челюстно-лицевой хирургии.

2. Лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба должно осуществляться бригадами высококвалифицированных специалистов (челюстно-лицевой хирург, логопед, ортодонт, педиатр, невролог, ЛОР-врач, генетик, психолог) и в условиях специализированных центров.

3. Необходимы ранняя логопедическая помощь для развития нормального речевого дыхания и правильной артикуляции, коррекция нарушений звукопроизношения, назального (носового) оттенка голоса, тщательный контроль за общим речевым развитием ребенка и своевременное устранение отставания в развитии фразовой речи, лексического запаса, подготовка к обучению в общеобразовательной школе.

4. Сегодня, как никогда за всю историю медицины, высокий уровень медицинских технологий позволяет осуществить полную реабилитацию ребёнка в раннем возрасте. Современные методики хирургического, ортодонтического лечения и логопедического обучения позволяют добиться, чтобы малыш имел идеальные контуры лица, нормальную речь и, улыбаясь, демонстрировал красивый и непрерывный зубной ряд.

Литература

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н. Ортодонтия: учеб. пособие. М.: Медицина, 2008. 415 с.
2. Анохина А.В. Раннее выявление и реабилитация детей с нарушениями формирования зубочелюстной системы: учеб. пособие. Казань: Медицина, 2004. 184 с.
3. Анохина А.В. Устранение вредных привычек и нарушений функций зубочелюстной системы у детей: учеб. пособие / Казан. гос. мед. акад. Казань: Прайд, 2009. 52 с.
4. Баландина Е.А. Факторы риска рождения детей с расщелиной верхней губы и неба в Пермском крае // Логопед. 2010. № 4. С. 6-11.
5. Бельченко В.А. Черепно-лицевая хирургия: руководство для врачей. М.: МИА, 2006. 340 с.
6. Боровая М.Л. Профилактика кариеса зубов у детей дошкольного возраста с ВРГН таблетками фторида натрия // Современная стоматология. 2000. № 2. С. 44-46.
7. Гончаков Г.В., Притыко А.Г., Гончакова С.Г. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы // Стоматология: материалы 7-го Всерос. науч. форума. М., 2005. С. 7-77.
8. Давлетшин Н.А. Способ щадящей ураностафилопластики, предупреждающий укорочение и рубцевание мягкого неба // Казанский медицинский журнал. 2008. № 4. С. 563-564.

9. Камышева Л.И. Ортодонтическое лечение детей с расщелинами верхней губы, альвеолярного отростка и неба в условиях поликлиники в период молочных зубов: учеб. пособие / Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т. М., 2001. 40 с.
10. Компьютерное моделирование ринопластических операций / А.С. Киселев, К.М. Крылов, И.В. Крайник и др. // Российская ринология. 2002. № 2. С. 171-172.
11. Корсак А.К., Любецкий А.В., Лапковский В.И. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в раннем возрасте // Современная стоматология. 2007. № 4. С. 62-65.
12. Лавриков В.Г., Зернов А.В., Стенина С.В. Этапность устранения зубочелюстных деформаций в комплексной терапии врожденных расщелин лица // Стоматология. 2004. № 2. С. 44-45.
13. Лопухова Н.Б. Клиническая картина и особенности ортопедического лечения взрослых пациентов с врожденной расщелиной губы и неба // Стоматология. 2004. № 2. С. 51-53.
14. Ортодонтия: учеб. пособие для студентов стоматологического факультета, врачей-интернов / В.И. Куцевляк, А.В. Самсонов, С.А. Скляр и др.; под ред. В.И. Куцевляка. Харьков: ХГМУ, 2005. 464 с.
15. Основные принципы комплексного подхода в лечении больных с врожденными расщелинами / Б.Н. Давыдов, В.Г. Лавриков, А.В. Зернов и др. // Стоматология детского возраста и профилактика. 2009. № 3-4. С. 18-20.
16. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. 4-е изд. М.: Медицина, 2003. 640 с.
17. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста: учебник. 5-е изд. М.: Медицина, 2006. 640 с.
18. Применение «коэффициента эффективности комплексной реабилитации» для анализа результата лечения детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба / С.В. Дмитриенко, И.В. Фоменко, Д.С. Дмитриенко и др. // Бюллетень Волгоградского научно-го центра РАМН. 2010. № 2. С. 50-53.
19. Применение у детей зубных протезов с опорой на внутрикостные опоры / Н.Е. Ерадзе, И.Ю. Лебедеенко, О.З. Тополюцкий и др. // Российский стоматологический журнал. 2009. № 2. С. 54-56.
20. Фоменко И.В. Врожденные пороки развития лица: программа управления базой данных. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2009612446. За-рег. в Реестре программ для ЭВМ 15.05.2009.
21. Фоменко И.В., Дмитриенко С.В., Касаткина А.Л. Эпидемиологическая характеристика врожденных расщелин лица на территории Волгограда и Волгоградской области // Стоматология детского возраста и профилактика. 2009. № 1. С. 20-24.
22. Фоменко И.В., Климова Н.Н., Дмитриенко С.В. Способ ортодонтического лечения детей с расщелинами неба в период прикуса молочных зубов: рационализаторское предложение. Удостоверение № 20 от 25 марта 2010 г. / Волгоградский гос. мед. ун-т. 2010.
23. Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю.М., Персин Л.С. Лечение зубочелюстно-лицевых аномалий: учеб. пособие. М.: МИА, 2011. 320 с.
24. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Калашикова В.П. Ортодонтия: учеб. пособие. М.: МИА, 2005. Т. 4. 520 с.
25. Чуйкин С.В., Персин Л.С., Давлетишин Н.А. Врожденная расщелина верхней губы и неба / под ред. С.В. Чуйкина. М.: МИА, 2008. 372 с.
26. Bergendal B., Ekman A., Nilsson P. Cleft lip and palate // Int. J. Oral Maxillofac. Implants, 2008. Vol. 23, № 3. P. 520-524.
27. Byrd H.S., Salomon J. Primary correction of the unilateral cleft nasal deformity // Plast. Re-constr. Surg. 2009. Vol. 106, № 6. P. 1276-1286.
28. Cleft lip and palate / B. Bergendal et al. Capa Istanbul, 2010. 152 p.
29. Egan T., Antoine G. Cleft lip and palate // Facial plastic, reconstructive, and trauma surgery. N.Y.: Marcel Dekker, 2008. P. 359-378.
30. Epker B.N. Secondary surgery to correct CLP nasal deformity // 3th Biennial World Con-gress International Cleft Lip and Palate Foundation. Halifax, 2004. P. 66.

АНДРЕЕВА ОЛЬГА ВАЛЕРЬЕВНА – врач-стоматолог, медицинский центр «Благое дело», Россия, Чебоксары (40lechka4@mail.ru).

ANDREEVA OLGA VALERYEVNA – doctor-stomatologist, Medical centre «Blagoye Delo», Russia, Cheboksary.
